Patient/in (Name, Vorname, Adresse): Geschlecht: ☐ weibl. ☒ männl. ☐ divers

.....

.....

.....

....

PLZ Stadt

geb.am. ..... Telefon: .....

Fax Nr: 030 9028-7017

Meldeformular Tuberkulose

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ Verdacht

☐ Klinische Diagnose

☐ Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis

Todesdatum: .....

☐ **Verdachtsmeldung nicht bestätigt** ☐ Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)

Staatsangehörigkeit.....

Sprache.....

Soziale Belange die für die Behandlung der Tuberkulose relevant sind

.....

Bitte nutzen Sie die das folgende Freitextfeld für die Angaben zur Anamnese und klinische Symptome, weiter Befunde, oder sonstige medizinisch relevanten Informationen. Vielen Dank.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Radiologischer Befund: .....

Vorerkrankungen die für die Behandlung der Tuberkulose relevant sind:

.....

Suchterkrankungen: .....

Antituberkulose Behandlung (ATT) mit / seit/: .....

in stationärer Behandlung seit ..... beauftragtes Labor .....

☐ Patient/in wohnt in einer Gemeinschaftseinrichtung §§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)

▶ unverzüglich zu melden an: **(vorab per Telefax 9028-7017)**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin - Gesundheitsamt

Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen

Zachertstraße 75

10315 Berlin

Erkrankungsdatum:

.....

Diagnosedatum:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

Version TB 12.05.2022 Tuberkulosezentrum Berlin